



Fecha _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

CONFIDENCIAL

PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Prefiere ser llamado _____

¿Qué sexo se le asignó en su acta de nacimiento? Masculino Femenino N.º de seguro social _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Escuela _____ Grado _____

Pasatiempos/actividades _____

MADRE O PADRE / TUTOR

Nombre del padre/madre con la custodia _____

El paciente vive con (marque los que correspondan) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo(a)/tutor

Nombre del padre/madre/tutor con la custodia _____ Teléfono _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Ocupación _____

Nombre del padre/madre/tutor con la custodia _____ Teléfono _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Ocupación _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Última visita _____ Motivo _____

Otros dentistas/especialistas de odontología que esté tratándolo(a) actualmente: _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Motivo _____

MÉDICO

Médico del paciente _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Última cita _____ Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo(a)? _____

¿Qué le preocupa a su hijo(a) de su dientes? _____

¿Cómo se siente su hijo(a) sobre el tratamiento de ortodoncia? _____

¿Quién sugirió que su hijo(a) podría necesitar tratamiento de ortodoncia? _____

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____

Describa algún tratamiento o alguna cita de ortodoncia anteriores _____

Nombre de hermano(a) _____ Edad _____ ¿Tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

Nombre de hermano(a) _____ Edad _____ ¿Tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

Nombre de hermano(a) _____ Edad _____ ¿Tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Alguno de sus familiares ha recibido tratamiento en este consultorio? Indique sus nombres _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____

Dirección (si es diferente del de la página 1) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono _____

Empleador _____ N.º de seguro social _____

¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____ ° de grupo _____

Empleador _____ ¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No lo sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____

Empleador _____ ¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No lo sé

SEGURO MÉDICO

Nombre de completo del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____

Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodoncia completa. Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No lo sé/No entiendo.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? Sí No

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de drogadicción? Sí No

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo(a) afecta su cara, dientes o mandíbulas? ¿Cómo? _____

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome su hijo(a):

Medicamento _____ Medicamento _____

Medicamento _____ Medicamento _____

¿Su hijo(a) masca o fuma tabaco? Sí No En caso afirmativo, especifique _____

¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo? _____

¿Ortos problemas físicos? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas emocionales, sensoriales o de desarrollo | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | garganta y los oídos |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas hereditarios o condiciones de desarrollo | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Asma, problemas sinusales, fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Fracturas o lesiones graves | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Afección en las amígdalas o las adenoides |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Respira su hijo(a) por la boca con frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Artritis o problemas en las articulaciones | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Ha tomado su hijo(a) alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos)? |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Ha tomado alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos)? |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas endocrinos o de tiroides | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Condiciones hereditarias o del desarrollo? |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Diabetes o bajo nivel de azúcar | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas renales | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas del sistema inmunitario | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Antecedentes de osteoporosis | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | SIDA o VIH positivo | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Perturbaciones mentales o depresión | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia) | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Dolores de cabeza o migrañas frecuentes | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Hipertensión o hipotensión | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Sangrado excesivo o moretones, anemia | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Trastorno de la piel (además del acné común) | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada? | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas visuales, auditivos o del habla | | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Resfríos e infecciones frecuentes en la | | |

¿Ha tenido su hijo(a) alergias o reacciones a alguno de los siguientes?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Látex (guantes, globos) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Aspirina |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Ibuprofeno (Motrin, Advil) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Penicilina |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Otros antibióticos |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Metales (joyas, broches a presión para la ropa) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Acrílicos |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Polen de las plantas |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Animales |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Alimentos |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Otras sustancias _____ |

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si su hijo(a) ha tenido:

- sí no no sé Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde
- sí no no sé Extracción de dientes (de leche) que no estaban flojos
- sí no no sé Extracción de dientes permanentes o supernumerarios
- sí no no sé Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita
- sí no no sé Dientes primarios o permanentes rotos o dañados
- sí no no sé Dientes sensibles o adoloridos
- sí no no sé Alguna tapadura (empaste) rota o perdida
- sí no no sé Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula
- sí no no sé Tratamientos de conducto o pulpotomías (endodoncia)
- sí no no sé Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial
- sí no no sé Antecedentes de problemas del habla
- sí no no sé Dificultades para respirar por la nariz
- sí no no sé Antecedentes de problemas o tratamientos para el habla

- sí no no sé Dificultades para respirar por la nariz o roncar de noche
- sí no no sé Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.)
- sí no no sé Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o encías
- sí no no sé Dientes que rechinan o se tensionan
- sí no no sé Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula
- sí no no sé Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro
- sí no no sé Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temporomandibular
- sí no no sé Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior
- sí no no sé Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____

¿Usa hilo dental? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez los padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique.

Trastornos hemorrágicos _____

Diabetes _____

Artritis _____

Alergias graves _____

Problemas odontológicos poco comunes _____

Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

¿Otras condiciones médicas familiares? _____

DIVULGACIÓN EXENCIÓN

Autorizo la divulgación de la información con respecto al tratamiento de ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguro médico y/o dental.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mí ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mí ortodoncista de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANCEDENTES MÉDICOS

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____